

(第6号様式)

療育手帳返還届

令和 年 月 日

三重県知事あて

(届出者)

住所 〒

氏名
本人との続柄
電話番号

下記の理由により、療育手帳を返還します。

記

手帳所持者	フリガナ			生年月日	年 月 日		
	氏 名						
	住 所	〒				□届出者に同じ	
	個人番号						
返還理由	1. 非該当になったため 2. 手帳所持者が死亡したため 3. 県外へ転出したため 4. その他 ()						
返還事由発生日						年 月 日	

返還する手帳の記載内容

手帳番号		手帳交付日		障がいの程度
------	--	-------	--	--------

注) 返還理由が「2. 手帳所持者が死亡したため」のとき、個人番号の記載は不要です。

◎個人番号チェック欄

<input type="checkbox"/> 番号確認 (番号が正しいか)	<input type="checkbox"/> 本人確認 (番号の正しい持ち主か)
--	---

◎県受付欄

--

◎市町受付欄

--